

Costs and effects of implementation of a short admission programme following breast cancer surgery in the Netherlands

Citation for published version (APA):

de Kok, M. (2010). *Costs and effects of implementation of a short admission programme following breast cancer surgery in the Netherlands*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20100604mk>

Document status and date:

Published: 01/01/2010

DOI:

[10.26481/dis.20100604mk](https://doi.org/10.26481/dis.20100604mk)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Chapter 11

Summary

11

The change towards decreasing admission periods following breast cancer surgery has been taking place since the 1980s. There is culminating evidence that breast cancer surgery can be safely performed in day care admission. To date, no data have been published on the performance of all types of breast cancer surgery in day care admission or 24 h admission. This, combined with the lack of thoroughly performed multi-centre studies on this subject, was the basis for the implementation study presented in this thesis.

This thesis presents studies that systematically explore the implementation of a short stay programme in four hospitals in the Netherlands, and assesses the effect of the programme on patient outcomes such as length of hospital stay, complications, recurrent hospital admission, quality of care according to breast cancer patients, quality of care actually delivered, as well as programme and policy cost-effectiveness, the latter also comprising the costs and effects of implementation of the programme.

The introductory chapter (**Chapter 1**) provides an overview of the history of breast cancer treatment, the definition of postoperative recovery, and hospital admission following breast cancer surgery. Related to that, the short stay programme as developed at the Maastricht University Medical Centre (MUMC) is discussed. Key figures in this programme are the multidisciplinary team, the breast nurse, and the patient. Following the preoperative diagnosis, the patient is extensively informed about all aspects of surgery (pre-, peri-, and postoperative period) in a one h consultation. In the programme, emphasis is placed on education, especially concerning the perioperative period. This is achieved by frequent repetition of the information as well as by supporting the oral information with a written format.

Furthermore, the chapter considers potential effects of the programme on clinical outcomes, quality of care according to the patient's perspective, and costs of implementing such a programme. The concept of implementation is described, and the model that was used as a framework for implementation is introduced. At the end of the

chapter, an outline of the thesis is presented with a flowchart of the study.

In **Chapter 2** the study protocol is explained for the entire study, that is including the economic evaluations and the assessment of quality of care. The implementation study was a before & after study performed in four hospitals in the Netherlands. The study entailed two measurement periods of six months each, with six months of implementation in between. Primary outcome measure of the study was the percentage of patients treated in short stay. Secondary endpoints included the quality of care from the patients' perspective, cost-effectiveness of the short stay programme, and policy cost-effectiveness including cost-effectiveness of the chosen implementation strategy. Based on an analysis of perceived barriers and facilitators for implementation, the strategy was tailored to the needs of each hospital, and used plenary multidisciplinary team meetings, clinical lectures, and small meetings as important means of implementation. In our study, quality of care was measured using the QUOTE breast cancer instrument. Cost-effectiveness of the short stay programme was calculated and policy cost-effectiveness of the programme was calculated combining the costs-effectiveness of the short stay programme with the costs-effectiveness of the implementation activities.

Chapter 3 elaborates on the development of a patient questionnaire on quality of breast cancer care. Often, the items of such questionnaires on quality of care are developed by healthcare professionals or healthcare researchers, without involvement of the target patients who are supposed to fill out these questionnaires. In this study, breast cancer patients participated in developing an instrument that describes quality of care from the patient's perspective. Seventy-two patients participated in eight focus group interviews in which the concept 'quality of breast cancer care' was discussed. These interviews yielded 221 aspects concerning quality of care. Reduction criteria were applied, resulting in a remaining set of 81 items. Six concept mapping meetings were then held, with 67 breast cancer patients to categorize these 81 of the 221 items according to similarity and importance. After analysis, 55 quality of care aspects remained, which were grouped into six clusters. These aspects were used for further development of the questionnaire.

Chapter 4 focuses on the quantitative part of development of the questionnaire. Based on the previous qualitative methods presented in Chapter 3, a pilot questionnaire was developed. Of the 55 items used in the concept mapping meetings, 11 were used for both the breast nurse and the surgeon, and six items were added based on open questions put to breast cancer patients, asking for missing elements. In the

pilot questionnaire, 72 quality items were formulated as questions about importance and perceived performance. The pilot questionnaire was tested among 276 breast cancer patients operated on in the previous three to 15 months in the four hospitals participating in the implementation study, and in the Maastricht University Medical Centre. Instrument optimization incorporated the use of reduction criteria, exploratory factor analysis, and reliability analysis. The number of items in the final questionnaire is 33, and the items refer to the factors 'patient education regarding aspects related to postoperative treatment', 'services by the breast nurse', 'services by the surgeon', 'patient education regarding activities at home', and 'patient education regarding aspects related to preoperative treatment'. The strengths of the questionnaire are that it consists entirely of questions that are perceived as important by breast cancer patients, that it is self-administered and therefore social desirability response bias is minimized, that it enables anonymous responses, and that it is easy to complete.

Chapter 5 reports on the analysis of barriers and facilitators, performed with healthcare professionals on the subject of implementation of the short stay programme. The identification of impeding and facilitating factors that professionals perceive, is an essential step when a strategy is designed for implementation of a care programme which deviates from daily routines. Data were collected from the hospitals participating in the implementation study. Over forty potential barriers and facilitators for successful implementation were extracted from detailed notes of all contacts between researchers and each participating hospital. These items were then categorized according to themes. Most barriers aspects concerned the organization and the programme. The most common facilitators addressed organizational issues. Based on this study, the success of implementation of the short stay programme appeared to depend on the provision of postoperative care in the home situation, and on policy makers and insurance companies who must acknowledge that multidisciplinary teams, and teams integrating primary and secondary care, fulfil important roles in the delivery of continuity of care. Specific attention should be paid to the minority of people within the organization that disagrees with the plans. The resulting set of barriers and facilitators for implementation of the programme may inspire other professionals preparing to perform breast cancer surgery in short stay.

Chapter 6 evaluates the hospital-tailored implementation strategy regarding the effect on the proportion of patients treated in short stay (admission, surgery, and discharge the same day (day-case admission) or within 24 h (also referred to as overnight stay), on the duration of hospital admission, and on complication rate, readmission rate, reoperation rate, and number of visits to the emergency unit for

problems related to breast cancer.

A before & after design was used for this study. The intervention concerned the programme developed by the Maastricht University Medical Centre. The programme was implemented using a variety of implementation strategies such as plenary multidisciplinary team meetings and educational outreach visits. A total of 324 breast cancer patients participated in the study. The proportion of patients treated in short stay admission (i.e. admission, surgery, and discharge the same day or within 24 h) increased significantly from 45% before, to 82% after implementation of the programme. The steep increase in short stay in our study was not accompanied by an increase in the rate of complications, readmissions, reoperations or number of visits to the emergency department. Factors associated with an increased chance of short-stay treatment were: breast-conserving surgery, having children and being employed. Being aged over 64 years showed a trend towards a decreased chance of being treated in short stay. In conclusion, this study demonstrates that introduction of the care programme incorporating short stay is feasible and safe.

Chapter 7 addresses the assessment of quality of care from the patient's perspective, before and after implementation of the short stay programme in four Dutch hospitals. Of the 324 participants in the implementation study, 282 patients returned a completed questionnaire (n=138 before implementation; n=144 after implementation). Results showed that the quality of patient education, regarding activities in the home situation following discharge from the hospital, was in need of improvement. Quality of services by the surgeon somewhat improved and quality of services by the breast nurse roughly remained stable. Quality of patient education regarding aspects of preoperative treatment remained stable, and that of aspects relating to postoperative treatment was not in need of improvement in either measurement. Quality of waiting and process times had improved after implementation. However, there was still room for further improvement on these aspects. In conclusion, a short stay breast cancer care programme was introduced with, on average, comparable quality of care. However, specific patient-inspired targets for further quality improvement concerned education on drains, prosthesis, exercises after surgery, survival rates, and waiting and process times.

In **Chapter 8** costs and effects of the period after implementation of the short stay programme (SSP) are compared with those of the care as usual period (CAU), that is before implementation, and these are combined in a cost-effectiveness analysis, performed from both a societal and healthcare perspective. The outcome measure was defined as costs per quality adjusted life year (QALY) gained. Data of 262 participants were analyzed. SSP was less costly (€7454,-) than CAU (€8409,-) from the societal

perspective and from the healthcare perspective (SSP: €4335,-; CAU: €5218,-). The incremental cost-effectiveness ratio could not be calculated due to similar effectiveness for both groups, that is the difference in QALYs was zero. Bootstrap analysis showed that a short stay programme as implemented has a high probability of being cost-effective compared with care as usual.

Chapter 9 describes an economic evaluation in which costs and effects of a short stay programme were combined with costs and effects of a hospital-tailored multi-faceted implementation strategy to calculate policy cost-effectiveness. Costs for development and execution of the implementation strategy were obtained from healthcare professionals, and were added to costs of the short stay programme to calculate total policy costs. Total societal costs were calculated over a period of five years, and these were related to the measures of effectiveness: the uptake of short stay admission and QALYs. The mean absolute increase in uptake of short stay admission, compared with baseline, amounted to 36% for 262 patients analyzed in the economic evaluation. Implementation costs were €23,- per patient. As the QALY difference was zero, an incremental cost effectiveness ratio (ICER) could not be calculated. Bootstrap analysis revealed that the short stay programme had a high probability of being cost-effective. Taking costs and effects of implementation into account, the short stay programme was cost-effective from a policy point of view. Based on the results of this study, large-scale implementation of the programme is recommended.

In the final chapter, **Chapter 10**, the results are discussed and integrated. Furthermore, implications for research and practice, and recommendations are provided.

Samenvatting

12

Sinds de jaren '80 is er een afname van de gemiddelde opnameduur na borstkankerchirurgie. Er is krachtig bewijs dat borstkankerchirurgie veilig uitgevoerd kan worden binnen dagopname. Tot op heden zijn er geen data gepubliceerd waarin alle typen borstkankerchirurgie in principe in dag- of 24-uursopname worden uitgevoerd. Gecombineerd met het ontbreken van grondig uitgevoerde multi-center studies ten aanzien van dit onderwerp, vormde dit gegeven de basis voor de implementatiestudie die in dit proefschrift beschreven wordt.

In dit proefschrift wordt de systematische implementatie van een compleet zorgprogramma, waarin opgenomen een korte ziekenhuisopname, voor vrouwen met borstkanker in vier Nederlandse ziekenhuizen onderzocht. Er wordt een uitspraak gedaan over het effect van het programma op patiëntuitkomsten zoals opnameduur, complicaties, heropnames, kwaliteit van zorg ervaren door patiënten, kwaliteit van werkelijk geleverde zorg, alsmede de kosteneffectiviteit van het programma en kosteneffectiviteit van het programma inclusief kosten en effecten van implementatie.

Het introductiehoofdstuk (**Hoofdstuk 1**) biedt een overzicht van de geschiedenis van borstkankerbehandeling, de definitie van postoperatief herstel, en ziekenhuisopname na borstkankerchirurgie. Daaraan gerelateerd, wordt het korte opname-programma zoals ontwikkeld in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) besproken. Sleutelfiguren in het programma zijn het multidisciplinaire team, de mammacare-verpleegkundige(n) en de patiënt. Na de preoperatieve diagnose wordt de patiënt uitgebreid geïnformeerd over alle aspecten van chirurgie (de pre-, peri- en postoperatieve fase) in een één uur durend gesprek. In het programma wordt de nadruk gelegd op voorlichting aan de patiënt, met name over de perioperative periode. Dit wordt gerealiseerd door de informatie enkele keren te herhalen en te ondersteunen met schriftelijke informatie.

Tevens worden in het hoofdstuk de mogelijke effecten van het programma besproken op klinische uitkomstvariabelen, kwaliteit van zorg volgens het patiëntenperspectief

en kosten van het implementeren van een dergelijk programma. Het concept van implementatie wordt beschreven, evenals het model dat werd gebruikt als raamwerk voor de implementatie. Aan het einde van het hoofdstuk wordt de opbouw van het proefschrift toegelicht en wordt een stroomdiagram van de studieonderdelen getoond.

In **Hoofdstuk 2** wordt het studieprotocol voor de gehele studie beschreven, d.w.z. inclusief de economische evaluaties en de studie naar de waardering van patiënten betreffende de kwaliteit van zorg.

De implementatiestudie betrof een voor-na vergelijking welke werd uitgevoerd in vier ziekenhuizen in Nederland. De studie behelsde twee meetperioden van elk zes maanden, met daartussen zes maanden voor de implementatie. De primaire uitkomstmaat van de studie was het percentage patiënten behandeld in korte opname (dagopname of binnen 24 uur). Secundaire uitkomstmaten waren de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief, kosteneffectiviteit van het korte opname-programma 'sec', en kosteneffectiviteit van het programma inclusief de kosten van de implementatiestrategie. Op basis van een analyse van verwachte belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie, werd de strategie aangepast aan de behoefte van elk ziekenhuis. Belangrijke facetten van implementatie waren: plenaire multidisciplinaire bijeenkomsten, klinische lessen en bijeenkomsten met de implementatieonderzoeker en enkele sleutelfiguren van ieder ziekenhuis (zogenaamde outreach visits).

In onze studie werd kwaliteit van zorg gemeten met behulp van het QUOTE borstkanker instrument. De methoden voor de economische evaluatie van het korte opname- programma 'sec' en inclusief de kosten van de implementatiestrategie, werden beschreven.

Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkeling van een vragenlijst voor patiënten aangaande de kwaliteit van borstkankerzorg. Vaak worden items van dergelijke vragenlijsten ontwikkeld door gezondheidszorgprofessionals of onderzoekers in de gezondheidszorg, zonder betrokkenheid van de patiënten die geacht worden de vragenlijst in te vullen. In deze studie participeerden borstkankerpatiënten in de ontwikkeling van een instrument dat kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief beschrijft. In totaal participeerden 72 patiënten in 8 focusgroepinterviews waarin het concept 'kwaliteit van borstkankerzorg' werd bediscussieerd. Deze interviews leidden tot 221 aspecten over kwaliteit van borstkankerzorg. Door reductiecriteria toe te passen bleef een set van 81 items over. Hierna werden zes concept mapping bijeenkomsten gehouden met 67 borstkankerpatiënten om deze 81 items te ordenen naar gelijkheid en belang. Na de analyse bleven er 55 kwaliteit van zorg aspecten over welke werden

gegroepeerd in zes clusters. Deze aspecten werden gebruikt voor verdere ontwikkeling van de vragenlijst.

Hoofdstuk 4 richt zich op het kwantitatieve deel van de vragenlijstontwikkeling. Met de resultaten van de voorafgaande kwalitatieve methoden (zoals beschreven in Hoofdstuk 3) als uitgangspunt werd een testversie van de vragenlijst ontwikkeld. Van de 55 items gebruikt in de concept mapping bijeenkomsten, werden er 11 gebruikt voor zowel de mammacareverpleegkundige als voor de chirurg. Zes vragen werden toegevoegd op basis van open vragen aan borstkankerpatiënten waarin gevraagd werd naar ontbrekende elementen.

In de testversie werden 72 items geformuleerd als belang- en ervaringsvragen. De testversie werd getoetst bij 276 borstkankerpatiënten. Deze patiënten waren in de voorgaande drie tot 15 maanden geopereerd in één van de vier aan de implementatiestudie deelnemende ziekenhuizen of in het Maastricht Universitair Medisch Centrum.

Het instrument werd geoptimaliseerd door het gebruik van reductiecriteria, exploratieve factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse. Het aantal items in de uiteindelijke vragenlijst was 33. De items refereren naar de factoren 'patiëntenuitleg aangaande postoperatieve behandelinggerelateerde aspecten', 'de mammacareverpleegkundige', 'de chirurg', 'uitleg aan patiënten aangaande activiteiten thuis' en 'uitleg aan patiënten aangaande preoperatieve behandelinggerelateerde aspecten'. De kracht van de vragenlijst is dat deze uitsluitend vragen bevat die van belang worden geacht door borstkankerpatiënten, dat patiënten deze zelf in kunnen vullen waardoor bias door sociaalwenselijke antwoorden wordt geminimaliseerd, dat het de anonimiteit van patiënten waarborgt en dat de vragenlijst makkelijk is in te vullen.

Hoofdstuk 5 beschrijft de analyse van belemmerende en bevorderende factoren. De analyse werd uitgevoerd op basis van de attitudes van gezondheidszorgprofessionals ten aanzien van implementatie van het korte opname-programma. De identificatie van belemmerende en bevorderende factoren is essentieel bij het implementeren van een programma dat afwijkt van dagelijkse routines. De gegevens werden verzameld in de ziekenhuizen die deelnamen aan de implementatiestudie. Meer dan 40 mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle implementatie werden geëxtraheerd uit de notulen van alle contacten tussen onderzoekers en elk deelnemend ziekenhuis. Vervolgens werden deze items gecategoriseerd naar thema's. De meest voorkomende bevorderende factoren betroffen organisatorische zaken. De belemmerende factoren waren meestal ook op het niveau van de organisatie en van het programma zelf.

Gebaseerd op de resultaten van deze kwalitatieve studie leek het succes van implementatie van het korte opname-programma af te hangen van de voorziening van postoperatieve zorg in de thuissituatie, en van beleidsmakers en verzekeraars. De laatste twee groepen moeten erkennen dat multidisciplinaire teams en teams waarin primaire en secundaire zorg wordt geïntegreerd, een belangrijke rol spelen bij het leveren van continuïteit van zorg. Specifieke aandacht moet gegeven worden aan de minderheidsgroep binnen de organisatie die het niet eens is met de plannen. De set van bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van het programma kunnen andere professionals inspireren bij het efficiënt implementeren van borstkankerchirurgie volgens het korte-opname programma.

In **Hoofdstuk 6** wordt het effect gerapporteerd van de ziekenhuisspecifieke implementatiestrategie op het percentage patiënten dat daadwerkelijk is behandeld in korte opname (dagopname of opname en ontslag binnen 24 uur), op de opnameduur en op het aantal complicaties, heropnames, reoperaties en consulten aan de Spoed Eisende Hulp in verband met borstkanker gerelateerde problemen.

In deze studie werd een voor-na onderzoeksdesign toegepast. De interventie betrof het programma ontwikkeld door het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Er werden verschillende methoden van implementatie toegepast zoals plenaire multidisciplinaire bijeenkomsten en outreach visits. In totaal namen 324 patiënten deel aan de studie. Het percentage patiënten dat behandeld werd in korte opname nam significant toe van 45% voor implementatie naar 82% na implementatie van het programma. De aanzienlijke toename van het aantal korte opnames in onze studie ging niet gepaard met een toename in het aantal complicaties, heropnames, reoperaties of aantal bezoeken aan de Spoed Eisende Hulp. De volgende factoren waren geassocieerd met een toegenomen kans op behandeling in korte opname: borstsparende chirurgie, het hebben van kinderen en het hebben van een baan. Een leeftijd hoger 64 jaar toonde een trend naar een lagere kans op korte opname. Samenvattend toonde deze studie aan dat introductie van het zorgprogramma waarvan korte opname een onderdeel was, uitvoerbaar en veilig is.

Hoofdstuk 7 behandelt de waardering van kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief, voor en na implementatie van het complete zorgprogramma voor borstkanker patiënten in vier Nederlandse ziekenhuizen. Van de 324 deelnemers in de implementatiestudie stuurden 282 patiënten een volledig ingevulde vragenlijst terug (n=138 voor implementatie; n=144 na implementatie). De resultaten lieten zien dat de kwaliteit van uitleg aan patiënten over activiteiten in de thuissituatie na ontslag voor verbetering in aanmerking kwam. De kwaliteit van zorg geleverd

door de chirurg verbeterde iets tussen de twee metingen en de kwaliteit van zorg geleverd door de mammacareverpleegkundige bleef stabiel. Kwaliteit van uitleg aan patiënten over aspecten gerelateerd aan preoperatieve behandeling bleef stabiel en de uitleg over aspecten gerelateerd aan postoperatieve behandeling was adequaat in beide meetperioden. De waardering voor wacht- en doorlooptijden was verbeterd na implementatie. Echter, er was nog steeds ruimte voor verdere verbetering op deze aspecten. Concluderend kan gesteld worden dat een compleet zorgprogramma, waarin opgenomen een korte ziekenhuisopname werd geïntroduceerd met, gemiddeld, vergelijkbare kwaliteit van zorg. Specifieke, door patiënten geïnspireerde, speerpunten voor kwaliteitsverbetering betroffen uitleg over drains, prothesen, oefeningen na chirurgie, overlevingskansen en wacht- en doorlooptijden.

In **Hoofdstuk 8** worden kosten en effecten van de periode na implementatie van het complete zorgprogramma, waarin opgenomen een korte ziekenhuisopname vergeleken met kosten en effecten van gebruikelijke zorg, d.w.z. vóór implementatie van het programma. Deze werden gecombineerd in een kosteneffectiviteitsanalyse welke uitgevoerd werd vanuit een maatschappelijk en een gezondheidszorg perspectief. De uitkomstmaat werd gedefinieerd als kosten per 'voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren, ofwel 'quality adjusted life years' (QALYs). Gegevens van 262 deelnemers werden geanalyseerd. Het korte opname-programma was goedkoper (€7454,-) dan gebruikelijke zorg (€8409,-) vanuit het maatschappelijk perspectief en vanuit het gezondheidszorg perspectief (korte opname-programma: €4335,-; gebruikelijke zorg: €5218,-). De incrementele kosteneffectiviteitsratio kon niet worden berekend door gelijke effectiviteit voor beide groepen, d.w.z. het verschil in QALYs was nul. Bootstrapanalyse toonde dat het korte opname-programma een grote waarschijnlijkheid heeft van kosteneffectief zijn vergeleken met zorg zoals voorheen.

Hoofdstuk 9 beschrijft een economische evaluatie waarin kosten en effecten van een korte opname-programma werden gecombineerd met kosten en effecten van een ziekenhuisspecifieke multidimensionele implementatiestrategie. Kosten voor ontwikkeling en uitvoering van de implementatiestrategie werden verkregen van gezondheidszorgprofessionals en werden toegevoegd aan kosten van het korte opname-programma. De totale maatschappelijke kosten van het programma inclusief de implementatiekosten werden berekend over een periode van vijf jaar en deze werden gerelateerd aan de maten van effectiviteit: de toename van het aantal kort verblijf opnames en de toename van het aantal QALYs. De gemiddelde absolute toename van het aantal korte opnames vergeleken met de nulmeting was 36% voor de 262 patiënten geanalyseerd in de economische evaluatie. Implementatiekosten waren gemiddeld

€23,- per patiënt. Omdat er geen verschil was in QALYs kon er geen incrementele kosteneffectiviteitsratio worden berekend. Bootstrapanalyse toonde dat het complete zorgprogramma, na inclusie van de implementatiekosten, een grote waarschijnlijkheid had om kosteneffectief te zijn. Op basis van deze studieresultaten, wordt grootschalige implementatie van het programma aangeraden.

In het afsluitende discussiehoofdstuk (**Hoofdstuk 10**), worden de resultaten bediscussieerd en geïntegreerd. Verder worden er implicaties voor onderzoek en praktijk gegeven en worden er aanbevelingen gedaan.